

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE 136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 21 juillet 1900 à 1 heure

Par PIERRE CŒURDEROY

Né à Montereau (Seine-et-Marne) le 3 avril 1871.

—**—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE

De l'extrémité supérieure du fémur

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

*Juges : } MM. SCHWARTZ, professeur.
 } THIÉRY et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

6516

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 21 juillet 1900 à 1 heure

Par PIERRE CŒURDEROY

Né à Montereau (Seine-et-Marne) le 3 avril 1874.

—**—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOMYÉLITE AIGUE

De l'extrémité supérieure du fémur

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

*Juges : } MM. SCHWARTZ, professeur.
THIÉRY et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Patologie médicale		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELIET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

L'OSTÉOMYELITIS AIGUE

M. LE DOCTEUR EN MÉDECINE PAUL BEHNER

Chirurgien des hôpitaux
Médecin de l'hôpital de la Pitié
Chirurgien de la Légion d'honneur

MEIS

Voici le premier de ces livres de poche qui ont été publiés par la
maison de M. MEIS, et qui ont pour objet de donner à la fois
au médecin et au chirurgien les notions les plus exactes et les plus
précises sur les maladies aiguës et chroniques de l'os, et sur les
moyens de les guérir. Ce livre est écrit par un des plus célèbres
chirurgiens de France, et qui a été l'un des premiers à reconnaître
la nature véritable de ces maladies, et à leur donner le nom d'ostéomyélite
aiguë. Ce livre est écrit dans un style simple et clair, et qui est
facile à lire et à comprendre. Il est divisé en deux parties, la première
contenant les notions générales sur les maladies de l'os, et la seconde
contenant les notions particulières sur les maladies aiguës et chroniques
de l'os. Ce livre est un ouvrage indispensable pour tout médecin et tout
chirurgien, et qui doit être placé dans toutes les bibliothèques de
médecine et de chirurgie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de
notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTEOMYÉLITE AIGÜE

De l'extrémité supérieure du fémur

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion pendant le cours de l'année dernière de voir quatre cas d'ostéomyélite aiguë de la hanche, dans le service de M. le Dr Broca à l'hôpital Trousseau, chez de jeunes enfants de 4 à 14 ans, nous avons été frappé de voir combien ces cas diffèrent les uns des autres au point de vue clinique et il nous a paru intéressant de reprendre cette étude des formes cliniques de l'ostéomyélite aiguë de la hanche; et sur les conseils de M. le Dr Broca, d'apporter à cette étude notre très modeste contribution.

Nous remercions ici M. le Dr Broca pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et

les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour nous seconder dans cette tâche difficile.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir adresser à tous nos maîtres l'expression de notre gratitude.

Que M. le Professeur Berger, notre premier maître, veuille bien agréer encore nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions M. le Dr Duguet d'accepter ici nos sincères remerciements ; c'est à ses savantes leçons que nous avons appris à connaître et à aimer la médecine ; nous nous efforcerons de mettre à profit ses bons conseils.

Nous devons également beaucoup à M. le Professeur Cornil pour l'année que nous avons passée dans son service, nous y avons beaucoup appris, et nous le remercions ici pour avoir mis si souvent à contribution sa longue expérience et son savoir.

M. le Dr Poirier a bien voulu pendant deux ans diriger personnellement nos études anatomiques ; qu'il veuille bien accepter l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Que M. le Dr Rémy reçoive aussi le témoignage de notre sincère gratitude pour les marques de sympathique intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant les trop courts instants où nous avons travaillé sous sa sage direction et qu'il a bien voulu nous conserver dans la suite.

DÉFINITION ET HISTORIQUE

L'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur, comme toutes les ostéites infectieuses, fut longtemps ignorée. Profondément cachée sous des masses musculaires importantes, l'épiphyse supérieure du fémur offre en effet des phénomènes d'inflammation ou de suppuration longs à apparaître à la périphérie du membre, et cette affection devait particulièrement passer inaperçue des anciens auteurs qui confondaient avec l'ostéomyélite la carie, la tuberculose, la siphylis et les tumeurs des os.

Sans rappeler les longues discussions sur la médullite et la périostite (Gerdy), la discussion sans intérêt actuellement entre l'abcès sous-périostique et l'ostéomyélite centrale (typhus des membres de Chassaignac), nous devons insister sur ce fait, que ce n'est que depuis les recherches de l'Ecole de Strasbourg, de Giraldès et de ses élèves, d'Ollier et enfin du professeur Lannelongue, que nous connaissons nettement cette affection.

Au point de vue clinique, il est intéressant de lire les ouvrages antérieurs à 1870, nous y trouvons partout une confusion entre la fièvre typhoïde et l'ostéomyélite, et les auteurs s'étonnent de voir la fréquence des lésions osseuses dans cette affection. Cela ne doit pas nous surpren-

dre puisque tous les jours nous voyons encore de telles erreurs de diagnostic et que du reste la multiplicité des formes cliniques lorsque la localisation ne se fait pas immédiate, permet quelquefois de soupçonner la présence d'une affection générale, bien avant l'apparition des signes locaux. Aussi Poncet cherchant à établir une classification rationnelle, décrit-il une forme suraiguë dans laquelle la suppuration n'a pas le temps de s'établir, des formes atténuées dont les plus légères semblent être les ostéites de croissance auxquelles il donne le nom de pseudo-coxalgies, et entre ces formes légères et les formes graves, une foule d'intermédiaires.

Mais là ne se sont pas arrêtées les recherches, il ne suffit pas de pouvoir porter le diagnostic d'ostéomyélite de la hanche, l'intervention est nécessaire; il faut donc savoir où elle doit se faire; il faut donc savoir si l'inflammation est localisée au fémur ou si l'os iliaque est atteint; presque tous les travaux récents ont pour but de distinguer les différents cas. Signalons la thèse de Girard en 1893, celle de Lecomte sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intra-pelviens en 1894, celle de Lévêque en 1895, celle de Bernard enfin sur l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur en 1897.

Braquehay dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* de 1895 et Aldibert dans sa thèse étudient l'ostéomyélite des enfants en bas âge. Le congrès d'obstétrique et de pédiatrie tenu à Bordeaux en 1895, fut l'occasion d'un débat sur l'ostéomyélite de la hanche entre M. le Professeur Lannelongue, M. Broca, M. Demons, et fut pour eux l'occasion d'établir définitivement l'aspect clinique de l'affection.

L'anatomie pathologique bien connue depuis le travail du professeur Lannelongue sur l'ostéomyélite, a donné naissance à de nombreux travaux que nous citerons dans le cours de cette étude ; en particulier les bulletins de la société anatomique de Paris, contiennent un certain nombre d'observations que nous avons consultées avec fruit.

A l'Etranger, signalons les travaux de Macnamara en 1887 et en 1888, de Swicke, de Gray et de Barton.

Enfin, nous avons trouvé de précieux renseignements dans l'article de Poncet, du *Traité de Chirurgie* Duplay et Reclus, et dans celui de Mauclaire du *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet.

ÉTIOLOGIE

L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur ne présente pas de conditions étiologiques particulières ; comme toute ostéomyélite, elle est beaucoup plus fréquente au moment où les os sont en période d'accroissement, particulièrement chez l'enfant de 10 à 12 ans.

Cependant il faut insister sur ce fait que l'ostéomyélite de la hanche se voit fréquemment chez l'enfant en bas âge ainsi que l'ont rapporté Braquehay, Charézieux, Aldibert, mais il est rare dans ce cas que l'affection soit localisée à un seul os, et si cette localisation s'observe, on peut voir que le fémur est ordinairement pris dans sa totalité.

Plus fréquente chez le garçon que chez la fille, l'ostéite semble aussi d'après toutes les statistiques, s'observer plus souvent du côté gauche que du côté droit. La prédisposition plus grande du sexe masculin est-elle due à ce que les traumatismes locaux sont plus fréquents chez lui ? Cette opinion a été bien des fois émise déjà, nous n'avons pas à trancher la question ; disons cependant que Macnamara rapporte deux cas, l'un chez une fille de 14 ans, l'autre chez un garçon de 9 ans où l'apparition des accidents aigus inflammatoires fut précédée d'une douleur subite à la suite d'un traumatisme.

La bilatéralité des lésions a été observée assez souvent. Enfin, signalons ici comme pour toute ostéomyélite l'importance des saisons. Tous ceux qui ont fréquenté les hôpitaux d'enfants, savent qu'il y a beaucoup plus d'ostéomyélites dans les services de chirurgie aux mois de mars et d'avril, aux mois d'octobre et de novembre ; par conséquent au printemps et à l'automne. Cette influence est-elle directe ? Ne s'agit-il pas dans la plupart des cas de sauts brusques de la température qui donnant lieu à des angines, à des bronchites, créent ainsi une porte d'entrée pour les microbes et préparent la localisation de ceux-ci sur les os.

A côté de cette porte d'entrée discutable, mais pour nous certaine et que l'on ne recherche pas assez souvent lorsqu'on ne trouve pas chez un enfant atteint d'ostéomyélite une petite érosion cutanée ou une véritable plaie, il nous faut signaler toutes les plaies septiques qui permettent la pullulation microbienne : blessures aux doigts, aux membres, (comme nous en rapportons un cas dans notre observation n° IV, où l'enfant s'était blessé à la cuisse droite), plaie ombilicale chez le nourrisson, dentition, troubles intestinaux, ophtalmie purulente, telles sont les principales affections signalées par les auteurs comme créant une porte d'entrée à la maladie.

Les microbes sont les microbes de la suppuration, c'est-à-dire en premier lieu le staphylocoque (staphylocoque blanc, staphylocoque doré), le streptocoque, le pneumocoque, nous n'avons pas trouvé dans les observations d'ostéite fémorale due au bacille d'Eberth. Nous n'avons pas trouvé non plus d'association microbienne, cependant nous

connaissions deux observations de Kraske où le bacille de Kock est venu se greffer sur une ostéomyélite à staphylocoque; nous verrons lorsque nous étudierons l'aspect clinique de l'ostéomyélite, que cet aspect peut être variable suivant la nature du microbe pathogène. Enfin, il nous reste un dernier point à envisager, c'est de savoir si, comme le veut Bernard, le travail intense d'ossification qui se passe au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, au niveau du cartilage dia-épiphysaire, travail qui s'accompagne d'une vascularisation intense, est capable de déterminer pour les microbes une sorte de point d'appel et si par là même l'extrémité supérieure du fémur plus que toute autre est prédisposée à l'ostéomyélite.

Cette opinion nous parait fausse, et pour le dire, nous ne nous appuyons pas sur notre expérience personnelle, mais sur les statistiques publiées par la plupart des auteurs et qui montrent que la localisation au niveau de la hanche, n'est pas plus fréquente qu'au niveau des autres grandes articulations, au contraire, puisque Maucclair nous apporte la statistique de 113 cas de Golay où le tibia fut pris 81 fois, le fémur 9 fois, l'humérus 5 fois, la clavicule 2 fois, et les autres os se partagent les autres cas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est au niveau des cartilages d'ossification que se développe l'ostéomyélite ; avant de considérer les lésions déterminées par cette affection, il nous faut donc voir quels sont les points où elle pourra prendre naissance au niveau du tiers supérieur du fémur.

L'extrémité supérieure du fémur se développe par trois points d'ossification, un pour la tête, un pour le grand trochanter, un pour le petit trochanter. Le point diaphysaire primitif formera tout le col jusqu'à la tête. Il existe donc trois cartilages de conjugaison et schématiquement on pourrait dire qu'il peut exister une localisation de l'ostéomyélite au niveau de ces trois points. En réalité cela n'est pas ; on ne trouve presque jamais relaté dans les observations de lésion localisée au petit trochanter, par contre, M. Lannelongue a montré que le grand trochanter pouvait être seul pris, mais du fait que ces trois points d'ossification sont en somme très rapprochés l'un de l'autre, du fait aussi que c'est presque toujours du côté diaphysaire du cartilage que se localise l'infection primordiale, on doit conclure qu'au bout de peu de temps la lésion osseuse occupera toute l'extrémité supérieure du fémur entre le grand trochanter et la tête fémorale.

Où siège cette lésion osseuse ? Est-elle comme le veut

Lannelongue primitivement médullaire ? Existe-t-il, comme le veut Ollier à côté de ce point de départ nettement intra-osseux des abcès sous-périostiques sans lésion osseuse avec guérison rapide ? Gangolfe en rapporte un cas chez un enfant de dix ans où l'incision simple fut suivie d'une guérison rapide, mais en réalité, nous devons admettre l'opinion de Lannelongue, et la plupart des auteurs s'ils n'ont pas toujours trouvé de pus dans l'intérieur de l'os, insistent sur ce fait qu'il était extrêmement vascularisé et quelquefois d'une friabilité particulière. Partie de ce point osseux dia-épiphysaire, l'inflammation primitive a tendance à gagner le reste de l'os, cependant on observe rarement la panostéite du fémur ; Sonnenburg en a signalé un cas avec nécrose de toute la diaphyse et ankylose de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. Quelquefois la lésion primitive se trouve non plus du côté diaphysaire du cartilage, mais du côté épiphysaire. Lannelongue, au congrès de Bordeaux a signalé le fait d'une localisation exclusive à la tête fémorale. Si le cartilage dia-épiphysaire est envahi par l'inflammation, il peut être détruit en partie ou en totalité. Dans ce dernier cas la tête fémorale se séparera du corps, sera libre dans la cavité cotyloïde et pourra jouer le rôle d'un véritable séquestre.

Nous n'insisterons pas sur les lésions de l'os : hyperémie, envahissement de la moelle osseuse, suppuration, destruction des trabécules osseuses, carie et séquestres, arrivée du pus sous le périoste, destruction de celui-ci ; ces lésions sont celles de l'ostéomyélite banale et nous n'avons pas la prétention d'en refaire l'étude.

Lorsque la suppuration arrive à la limite de l'os, elle se trouve, au niveau de l'extrémité supérieure du fémur en présence de conditions particulières ; l'articulation coxo-fémorale en effet, descend très bas sur le col du fémur et presque fatalement il s'en suivra une arthrite. Signalons cependant qu'au Congrès de Bordeaux, M. Lannelongue a conclu qu'il n'existait pas forcément des phénomènes d'arthrite, et que la lésion pouvait rester extra-articulaire. Ce n'est pas l'opinion de Lévêque ni celle de Poncet.

Lorsque cette arthrite existe, elle entraîne la destruction de la synoviale, la perforation ou la destruction des ligaments et l'on a vu assez souvent la luxation spontanée de la hanche dans le cours d'une ostéomyélite. (Hartmann. *Revue d'orthopédie*, 1894). Ajoutons du reste que la lésion primitivement fémorale peut envahir le bassin, déterminer soit une perforation de la cavité cotyloïde et des abcès intra-pelviens que Lecomte a étudiés dans sa thèse, soit la destruction du rebord cotyloïdien, condition qui facilite la luxation dont nous parlions tout à l'heure.

Le ligament rond est détruit de bonne heure, les bourses séreuses péri-articulaires sont rapidement prises, et c'est par elles que suivant les interstices musculaires, la suppuration peut devenir superficielle. L'envahissement de la gaine du psoas, pourra entraîner l'issue du pus dans la fosse iliaque. Mais s'ils sont rapidement entourés par la suppuration, les muscles ordinairement ne sont pas détruits.

Nous ne ferons que signaler les complications générales qui se voient dans toute ostéomyélite, mais nous insisterons tout à l'heure aux symptômes sur ce fait que

l'infection générale précède souvent la localisation fé-morale, qu'elle ne donne pas le temps à celle-ci d'é-voluer, et qu'il est d'un très mauvais présage au cours d'une intervention de trouver peu de pus dans l'articula-tion, un os dur où la curette pénètre difficilement avec des phénomènes généraux très graves.

Nous avons déjà parlé des localisations secondaires dans le cours d'une ostéomyélite de la hanche ; dans notre observation Il nous avons trouvé à l'autopsie une dés-truction de la partie antérieure du corps de la cinquième vertèbre. L'ostéomyélite vertébrale étant assez rare nous insistons sur ce fait.

SYMPTOMES

Etablir un type clinique défini pour l'ostéomyélite de la hanche est une tâche impossible, car l'on pourrait presque dire que chaque cas présente un ensemble de symptômes qui lui est propre et qu'il est presque impossible de réunir schématiquement les différentes observations.

Il faut donc en somme s'en tenir à la formule de Poncet qui décrit une forme suraiguë dans laquelle l'intensité des phénomènes généraux est telle que bien souvent la localisation à la hanche ne semble qu'un phénomène secondaire et où l'infection générale simulant souvent la fièvre typhoïde, emporte rapidement le malade. C'est dans cette classe que nous pouvons ranger nos observations II et III dans lesquelles nous voyons après un début assez insidieux s'établir non pas une douleur au niveau de la racine du membre inférieur, mais une impotence absolue, une fièvre intense, entre 38° et 39°, des épistaxis qui font penser à une infection générale, sont souvent soignées comme telle et ne laissent place à l'apparition des phénomènes locaux qu'au bout d'une période variable en moyenne de 4 à 8 jours. C'est alors, lorsque les douleurs vives au niveau de la hanche attirent l'attention que l'on vient consulter le chirurgien.

Ce que l'on constate tout d'abord à ce moment, c'est

la gravité des symptômes généraux ; l'enfant est pâle ou jaunâtre, les yeux sont excavés, le nez pincé, la langue sèche, la respiration est courte et superficielle, la prostration est extrême, et tout indique l'état d'intoxication profonde du sujet.

Si l'on passe à l'examen local, on peut voir que le moindre mouvement tire le malade de sa torpeur, qu'il accuse une douleur très vive à la racine du membre inférieur, parfois dans la partie inférieure du ventre, et qu'en dehors de toute espèce de mouvement, il existe à des intervalles plus ou moins rapprochés, des exacerbations des douleurs qui arrachent des cris au patient. L'inspection du membre dénote que presque toujours la cuisse est fléchie sur le bassin, le degré de flexion, est du reste assez variable. A côté de cette flexion, on constate soit de la rotation en dehors, soit plus souvent de la rotation en dedans, enfin, soit de l'abduction, soit de l'adduction sans qu'il soit possible de déterminer la cause de cette diversité d'attitude. Il semble surtout que le malade cherche à immobiliser sa hanche dans une position telle qu'il éprouve un minimum de douleur.

La palpation est extrêmement douloureuse et rarement dans la forme suraiguë elle permet de reconnaître autre chose qu'un empâtement profond, péri-articulaire, ou bien, comme dans notre observation n° III, siégeant entre la partie interne du col du fémur et l'ischion et faisant penser à une ostéomyélite de l'os iliaque. Il n'existe pas d'ordinaire de gonflement ni de circulation veineuse collatérale ou ces deux symptômes sont bien moins marqués que dans la forme que nous décrirons tout à l'heure.

Si l'on intervient alors, on peut constater qu'il existe ordinairement très peu de pus dans l'articulation ; il n'y a pas de grosse collection péri-articulaire ; celle-ci n'a pas eu le temps de se produire, l'os dénudé n'est pas friable et laisse difficilement pénétrer la curette, si bien que dans nombre de cas, on peut se demander si vraiment il existe une ostéomyélite.

Après cette intervention, quelle qu'elle soit, depuis l'incision simple jusqu'à la résection de l'extrémité supérieure du fémur, on ne voit pas se produire d'amélioration durable. La fièvre persiste, la langue reste sèche, le faciès est toujours typhique, il se produit quelquefois des vomissements, souvent du délire et la mort survient au bout de peu de jours si une complication rapide telle qu'une endocardite n'abrège pas encore les souffrances du malade.

Dans la forme aiguë, l'ensemble symptomatique est assez différent ; il existe bien encore au début des phénomènes généraux, des frissons, de la fièvre, de l'anorexie, mais très rapidement l'enfant se plaint de souffrir de la jambe et l'attention est attirée dès le début vers la hanche malade. Nous ne reviendrons pas sur la douleur spontanée et provoquée, mais nous dirons cependant que la prostration étant moins grande, la sensibilité du sujet est plus vive, et que le moindre mouvement est l'occasion d'une nouvelle crise douloureuse, de telle sorte que l'anxiété de l'enfant est très marquée, et qu'il se refuse énergiquement à tout examen.

La gêne fonctionnelle s'accuse dès le début, et elle arrive rapidement à l'impotence absolue, sauf dans les

cas rares où l'inflammation primitive est localisée au grand trochanter. Cette impotence fonctionnelle s'accompagne de contracture de tous les muscles péri-articulaires avec prédominance du côté d'un des groupes musculaires, très souvent les adducteurs.

L'inspection du membre malade montre une attitude sur laquelle nous avons déjà insisté et dont le caractère important est la flexion, mais ce qui ne se voyait pas dans la forme suraiguë, il existe un gonflement parfois considérable de la racine du membre, s'accompagnant quelquefois d'œdème et très souvent de circulation veineuse superficielle et d'une coloration soit blanchâtre, soit rosée de la peau sur laquelle a insisté M. Lannelongue et qui serait pour lui un caractère important. Ce gonflement est important à localiser, car d'après la plupart des auteurs il permettrait de diagnostiquer le siège exact de la lésion osseuse et de distinguer une ostéomyélite du fémur d'une ostéomyélite de l'os iliaque. Dans le premier cas, ce gonflement siègerait au-dessous de l'arcade fémorale et n'aurait pas de tendance à la dépasser en haut ; dans le second cas au contraire, il serait diffus, remonterait jusqu'aux épines iliaques antérieures, et ne donnerait pas cet aspect particulier de cuisse en gigot que l'on peut trouver dans l'ostéomyélite du fémur.

Cette distinction nous paraît bien précieuse et nous ne voyons pas très bien quelles sont les raisons qui ordonnent la localisation exacte de cette tuméfaction. Au contraire, dans notre observation n° IV où, il est vrai, il existait en plus de la lésion fémorale une dénudation et une destruction partielle de la cavité cotyloïde, nous

avons pu constater un gonflement qui s'étendait depuis la pointe du triangle de Scarpa jusqu'à une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, et la palpation nous a montré pourquoi le gonflement n'était pas limité.

Il est en effet un caractère important sur lequel les auteurs n'insistent pas et que nous avons trouvé chez ce malade, c'est la présence d'une adénopathie aiguë occupant non seulement le triangle de Scarpa, mais encore la fosse iliaque, et nous serions assez disposé à attribuer le gonflement que l'on trouve dans l'ostéomyélite à une lymphangite profonde de toute la région.

La palpation montre enfin, qu'en dehors de ce gonflement superficiel il existe une tuméfaction profonde qui est l'indice, soit d'une suppuration localisée à l'articulation, et dans ce cas elle est unique et bombe sous le plancher du triangle de Scarpa, soit d'une collection purulente qui s'est fait jour entre les muscles et peut se montrer soit à la face postérieure de la cuisse (ce fut le cas dans l'une de nos observations), soit au niveau du psoas ou même sous le tenseur du fascia lata comme nous avons pu le constater dans une autre.

Il existe donc dans cette forme des symptômes bien nets de suppuration localisée, et si l'on intervient, on trouve après l'incision une quantité souvent considérable de pus. L'articulation est ouverte, presque toujours mais comme l'a montré Lannelongue elle peut être respectée ; l'os dénudé est friable, le périoste épaissi a l'apparence d'une pseudo-membrane, la curette pénètre facilement dans le

tissu osseux et ramène du pus au milieu des trabécules très vasculaires.

Contrairement à ce que nous avons vu dans la forme suraiguë, l'intervention dans ce cas, si elle n'est pas trop tardive et si elle est faite largement, détermine presque de suite une amélioration considérable. La température qui pouvait aller jusqu'à 40° avant l'intervention, descend rapidement à 37 ; le poulx qui était faible et très rapide revient à la normale ; enfin le faciès s'améliore, la langue tout d'abord plus ou moins sèche s'humidifie et se dépouille, enfin, en deux ou trois jours les phénomènes d'intoxication disparaissent, et il ne reste plus qu'une lésion locale dont nous envisagerons tout à l'heure l'évolution.

Entre ces deux formes, nous l'avons dit déjà, peuvent se glisser une foule d'intermédiaires. Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme on pourra voir des formes délirantes, des formes adynamiques, la suppuration pourra envahir rapidement les plans superficiels, enfin, l'apparition d'autres foyers donnera à l'affection une allure clinique particulière ; il faut toujours inspecter un autre foyer d'ostéomyélite lorsque chez un sujet ayant fait sa défervescence, on voit la fièvre s'élever de nouveau, les phénomènes généraux reparaître.

Enfin les formes légères (pseudo-coxalgie de Poncet), qui se manifestent par une gêne fonctionnelle peu marquée, par une douleur moins vive, par une fièvre plus ou moins élevée, mais passagère, sont fréquentes.

Nous en avons observé un certain nombre mais ces observations étant un peu en dehors du cadre que nous

nous étions fixé, trouveront place dans un travail ultérieur.

L'âge imprime à la maladie un cachet particulier, la forme du nourrisson sera difficile à reconnaître puisque seul l'examen pourra permettre de faire le diagnostic.

Rappelons aussi que Bardenne a insisté beaucoup sur les différences cliniques créées par la diversité des microbes : d'une façon générale, l'ostéomyélite à streptocoques serait plus grave que l'ostéomyélite à staphylocoques ; en réalité, s'il est vrai que le streptocoque détermine immédiatement des accidents plus sérieux, il permet aussi lorsque le sujet résiste une guérison plus rapide. Notre observation n° IV en est un exemple. Au contraire, le staphylocoque détermine des suppurations très longues et engendre les foyers multiples.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

On voit donc que les deux formes principales de l'ostéomyélite de la hanche ont une symptomatologie bien différente, et que dans la majorité des cas elles ont aussi une issue différente : l'ostéomyélite suraiguë, véritable maladie générale se terminant par la mort, l'ostéomyélite aiguë maladie bien localisée à l'extrémité supérieure du fémur ne donnant après la période initiale de phénomènes généraux que des symptômes locaux à intensité plus ou moins grande.

La lésion étant primitivement osseuse, il est rare que la guérison s'observe sans entraîner le moindre dégât.

Nous savons que dans l'ostéomyélite quelle qu'elle soit la nécrose de l'os ancien est d'ordinaire définitive, et qu'il s'en suit une élimination de cet os nécrosé. C'est même en partant de cette donnée qu'un certain nombre d'auteurs ont déclaré que l'intervention osseuse dans l'ostéomyélite était inutile puisqu'elle n'était jamais complète, et qu'il fallait s'en tenir à l'incision simple des parties molles et du périoste.

Nous discuterons tout à l'heure cette opinion. Mais il faut bien admettre cependant que l'ostéomyélite de la hanche qui s'accompagne presque toujours d'arthrite est

une affection lente à guérir et qui peut, par sa prolongation même, entraîner les désordres qui accompagnent toute suppuration prolongée, affaiblir l'organisme et le prédisposer aux autres affections ou bien déterminer la dégénérescence amyloïde des organes.

Nous l'avons dit, lorsque la mort survient dans la période aiguë, elle est due à des complications viscérales, surtout pulmonaires (broncho-pneumonie), cardiaques (endocardite) ou rénales, car il est rare de ne pas trouver d'albuminurie dans le cours de l'ostéomyélite.

Lorsque les phénomènes généraux s'atténuent, une suppuration souvent considérable s'établit, et cette suppuration est souvent très lente à se tarir, elle est entretenue en général par un sequestre quelquefois formé par toute l'extrémité supérieure du fémur. Ces séquestres s'éliminent, la guérison survient au bout d'un temps plus ou moins long, mais il subsiste toujours du fait de la destruction osseuse, soit des troubles articulaires au niveau de l'articulation coxo-fémorale, soit des troubles de la marche occasionnés par un raccourcissement plus ou moins marqué.

L'arthrite qui s'est accompagnée de destruction des cartilages, de destruction de ligaments et même du sourcil cotyloïdien, se termine souvent par des phénomènes d'ankylose complète ou incomplète, en bonne position si l'extrémité est restée au contact de la cavité cotyloïde, en mauvaise position si la destruction de la cavité cotyloïde a entraîné le fémur en haut et en arrière, en déterminant une véritable luxation.

Le raccourcissement excède rarement 4 ou 5 centimè-

tres, ce qui est suffisant du reste pour entraîner une claudication marquée, mais on aurait tort de croire que les sujets porteurs soit d'une ankylose, soit d'un raccourcissement, soient voués fatalement à une impotence marquée. Dans notre observation n° IV, nous signalons l'état de notre malade trois mois après la sortie du service ; nous avons trouvé chez lui la tête fémorale complètement nécrosée, on avait dû faire une tunnellisation étendue du col du fémur, et à sa sortie il marchait avec peine et en boitant très bas.

Trois mois après cependant, il revint présentant des mouvements de la hanche avec une claudication très légère et nul doute qu'après un ou deux ans il n'ait un membre parfait. Il se produit donc une adaptation fonctionnelle très rapide de ce membre malade, cela a déjà été constaté chez l'enfant pour toutes les affections articulaires ou osseuses, mais nous tenons à le montrer pour l'ostéomyélite de la hanche, car nous avons été frappés de ce résultat inespéré.

L'ostéomyélite prolongée du fémur peut s'observer, de même l'ostéomyélite d'emblée dont M. Broca a rapporté un exemple dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1885 ; ces deux formes ne guériront que par de larges trépanations qui permettront d'enlever toutes les parties nécrosées.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur étant en somme extrêmement délicat d'après l'avis de la plupart des auteurs, nous semble devoir être divisé en deux grandes classes.

1° Diagnostic différentiel de l'ostéomyélite avec les autres affections capables de donner des symptômes similaires tels que : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, arthrite, complication blennorrhagique, phlegmon diffus, abcès pelvien, coxalgie.

2° L'ostéomyélite étant reconnue, il faut préciser exactement le siège de la lésion primitive ; il s'agit alors de différencier l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur de l'ostéomyélite du bassin, ilion, ischion, pubis et même du corps du fémur.

Pour la première partie de notre diagnostic, nous avons à passer en revue d'abord l'ensemble des symptômes généraux tels qu'ils ont été traités dans le chapitre précédent et qui à un examen superficiel peuvent faire croire à une affection d'ordre médical. On constate en effet une température élevée, du délire nocturne, des yeux cernés, le petit malade a un aspect angoissé qui indique qu'il souffre manifestement, mais ces symptômes sont communs

à toutes les maladies énoncées plus haut, et rien jusqu'alors ne met le médecin sur la voie du diagnostic. Il est donc nécessaire de se livrer à un examen plus approfondi, faire déshabiller l'enfant complètement, faire la comparaison du membre sain et du membre supposé malade, rechercher le gonflement, la rougeur, la circulation veineuse superficielle, et enfin s'il existe quelque part des points spécialement douloureux. Si l'on a affaire à un adolescent il pourra lui-même donner quelques renseignements utiles, pour les enfants en bas âge, le médecin est livré à sa seule sagacité personnelle.

Dans l'ostéomyélite aiguë les symptômes sont généralement assez brusques, tandis que dans les affections d'ordre médical ils viennent plus progressivement. Pour le diagnostic avec la dothiéntérie, on consultera avec fruit la marche de la température ; disons d'ailleurs qu'entre l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur et la fièvre typhoïde, il n'y a de commun que les symptômes généraux, et d'ordinaire la recherche minutieuse des symptômes locaux mettra encore assez rapidement sur la voie du diagnostic.

Cependant nous savons que dans la fièvre typhoïde peuvent se montrer des douleurs articulaires, mais elles sont ordinairement polyarticulaires ; que de plus, il survient dans cette affection, des ostéites typhiques, mais celles-ci qui se montrent surtout dans le décours de la dothiéntérie revêtent par là-même un cachet tout spécial et se distingueront facilement.

Le rhumatisme articulaire est d'abord rare dans le jeune âge, ce n'est généralement qu'à partir de 15 à

16 ans qu'on commence à l'observer alors qu'au contraire presque toutes les observations d'ostéomyélite aiguë ont été prises chez des enfants au-dessous de cet âge ; de plus, le début de l'affection est beaucoup moins brusque et l'état général moins inquiétant, les douleurs siègent sur plusieurs articulations, enfin l'épreuve du traitement au salicylate permettra de reconnaître très rapidement le rhumatisme.

Nous tiendrons un raisonnement à peu près semblable au sujet de l'arthrite aiguë spontanée dont on ne connaît pas d'observation chez de jeunes enfants (1) et est d'une extrême rareté chez l'adolescent à l'articulation de la hanche, mais elle peut être consécutive à une maladie infectieuse telle que la fièvre typhoïde ou la blennorrhagie et dans ce dernier cas il est encore très rare de l'observer avant 16 ou 17 ans.

Enfin, Charrin dans sa thèse de Lyon de 1889 et Bokai (de Buda-Pesth) citent chacun un cas d'arthrite développée à la suite d'une varicelle dont l'histoire ressemble assez à celle d'une ostéomyélite subaiguë et n'en diffère que par les antécédents morbides de l'enfant, l'évolution lente de la maladie et le calme procuré par l'immobilisation.

La coxalgie ressemble à l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur par plusieurs symptômes tels que la claudication et l'immobilité de la hanche malade : on remarque que l'épine iliaque suit les mouvements de la cuisse comme si elle faisait corps avec le fémur, mais dans

1. Dardenne.

l'ostéomyélite la cuisse est toujours dès le début plus ou moins fléchie sur le bassin et la jambe a tendance à se mettre soit en adduction, soit en abduction. Les débuts de la coxalgie son *insidieux* et la douleur est sourde, profonde, intermittente, augmentant par la marche et se calmant par le repos alors que dans l'ostéomyélite les petits malades se plaignent presque continuellement et poussent des cris déchirants. De plus, la douleur de la coxalgie n'a pas de siège précis, elle occupe à la fois ou alternativement la hanche, le grand trochanter, le pli de l'aîne et divers points de *l'articulation du genou*, enfin, l'impotence fonctionnelle est absolue dans l'ostéomyélite. Ce sont les phénomènes généraux qui permettent de faire le diagnostic. Entre une coxalgie à marche régulière et une ostéomyélite aiguë on peut dire qu'il est presque impossible de se tromper. Ce diagnostic devient au contraire délicat lorsque l'on a à distinguer une coxalgie avec fièvre d'une de ces ostéites légères qui cèdent à l'immobilisation et que Poncet a nommées pseudo-coxalgies.

Le phlegmon profond est très rare en dehors du traumatisme. Nous devons faire remarquer cependant que les symptômes de l'ostéomyélite ont la plus grande ressemblance avec ceux du phlegmon diffus, et ce seront seulement les douleurs superficielles plus marquées, l'indolence des mouvements d'articulation qui permettront de reconnaître le phlegmon.

Nous avons dit que le diagnostic devait être fait aussi entre l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur et l'ostéomyélite de l'os iliaque. Etant donné le voisinage de cet os avec l'extrémité supérieure du fémur, on com-

prend facilement que le diagnostic en soit assez difficile, cependant, en examinant le malade scrupuleusement on peut constater quelques différences de symptômes qui faciliteront le diagnostic. Braquehayé rapporte à ce sujet un cas où le foyer osseux était situé sur l'ischion. Chez cet enfant âgé de 14 ans, la douleur était beaucoup plus vive au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure qu'au niveau des trochanters, on la retrouvait encore assez intense dans les régions lombaire et sacrée. D'autre part, le gonflement était plus accusé à la région externe et s'étendait très peu du côté de la diaphyse fémorale ; la fluctuation était très nette et le réseau veineux très développé ; enfin, à l'examen sous chloroforme on put faire exécuter au membre inférieur des mouvements normaux en général très difficiles dans les cas où la tête fémorale ou le col sont atteints.

Dans les cas où la lésion siège sur le pubis, les symptômes se rapprochent encore davantage de ceux de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur, toutefois l'attention est attirée davantage par quelques signes importants du côté du pli inguino-fémoral qui devient le siège principal de la douleur, qui tend à s'effacer s'il ne l'est complètement et sous lequel on peut sentir une collection plus ou moins abondante. Le professeur Girard (de Grenoble) a publié au Congrès de chirurgie de 1892 une observation d'ostéomyélite aiguë du pubis où on retrouvait tous les caractères de l'ostéomyélite du fémur associés à ceux de la coxalgie suraiguë.

Enfin ajoutons que dans bien des cas, il y a association

des lésions osseuses de la cavité cotyloïde et de celles de l'extrémité supérieure du fémur. Du reste ce diagnostic n'a pas une importance extrême, le mode de traitement dans les deux cas étant le même.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'ostéomyélite de la hanche est grave, grave immédiatement, puisqu'il donne une mortalité considérable, grave par ses complications possibles, grave enfin puisqu'elle s'accompagne presque toujours de troubles de la fonction du membre. Quelques auteurs ont voulu faire jouer à l'arthrite si fréquente un rôle considérable dans la gravité des accidents; cela nous semble assez peu justifié. Car dans l'ostéomyélite suraiguë, on peut presque toujours observer que l'arthrite est réellement peu de chose, et cependant la mort est la règle. Dans l'ostéomyélite aiguë au contraire, l'arthrite existe souvent très intense, on trouve une quantité énorme de pus dans l'articulation, et cependant si l'on intervient, la guérison se voit fréquemment. Il nous semble donc suffisant de dire que l'arthrite ne pourra pas être un élément de pronostic important, et que seul l'état général du sujet permettra de dire si l'on a chance d'obtenir une issue favorable. Il faut bien savoir qu'il est nécessaire de faire dès le début des réserves sur l'évolution ultérieure de l'affection, et en particulier de prévenir les parents que l'enfant gardera presque toujours la gêne de la marche.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas la prétention de refaire le traitement de l'ostéomyélite de la hanche, aussi nous contenterons-nous d'énumérer les différentes méthodes proposées et de voir très rapidement les résultats qu'elles donnent.

Lannelongue montrant que l'ostéomyélite était une affection intra-osseuse, en conclut que la trépanation de l'os est toujours nécessaire et qu'elle doit être aussi large que possible. Cette opinion a été combattue par l'Ecole de Lyon, Ollier la trouve trop exclusive et nous rappellerons encore une fois que Gangolphe dit avoir incisé un abcès sous-périostique avec guérison rapide. Mais il suffit d'avoir vu opérer une ostéomyélite aiguë du fémur pour se rendre compte de la difficulté qu'il y a par une incision simple à drainer seulement l'articulation coxo-fémorale profondément cachée sous les muscles qui sont appliqués intimement sur elle. Aussi, non seulement on doit accepter la trépanation, mais on doit dire que celle-ci doit être faite très rapidement et aussi complètement que possible. On peut aborder l'articulation par sa face antérieure, soit en dehors soit en dedans des vaisseaux, soit par sa face postérieure ou l'on a à traverser toute la couche musculaire de la région postérieure de la cuisse.

Les incisions antérieures qui arrivent plus rapidement sur l'articulation, sont généralement préférées; elles permettent de débrider largement la capsule et d'agir avec la curette par l'incision interne sur la partie antérieure et interne du col, par l'incision externe sur la partie externe du col qui avoisine le grand trochanter, et sur ce grand trochanter lui-même. Au contraire, l'incision postérieure permet difficilement d'arriver jusqu'à l'articulation.

Mais il faut bien dire qu'il sera toujours difficile d'aborder l'articulation et que bien souvent le drainage de l'os sera insuffisant. C'est pour cela qu'un certain nombre d'auteurs ont préconisé la résection immédiate de l'extrémité supérieure du fémur qui paraît-il donne de bons résultats, mais n'est-il pas excessif lorsqu'il n'existe pas de délabrement considérable du côté de l'extrémité osseuse, de priver de parti pris l'enfant d'une partie de son fémur alors que l'on peut espérer la guérison par une opération atypique ?

C'est dire que nous repousserons avec la dernière énergie la désarticulation de la hanche qui a été proposée, timidement du reste, par Rochet. Ou bien en effet les accidents généraux sont tels que la lésion de la hanche n'est qu'un épiphénomène sans importance dans une affection généralisée et la désarticulation de la hanche sera aussi inutile et beaucoup plus grave que les autres interventions, ou la lésion est bien localisée et il nous semble incroyable qu'on puisse supprimer un membre appelé à rendre encore de grands services.

Bruns et Honsell dans leur travail récent, insistent sur-

tout sur le traitement lointain de l'ostéomyélite de la hanche. Dans les cas d'ankylose en mauvaise position, ils proposent l'ostéotomie du fémur et ils rejettent le redressement forcé qui entraîne la rupture des adhérences. Rappelons à ce sujet qu'Ollier a signalé la mort par accidents infectieux rapides à la suite de la rupture d'une ankylose de la hanche.

CONCLUSIONS

1° L'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur est une affection grave qui se termine fréquemment par la mort et dont les complications sont redoutables.

2° Comme toute ostéomyélite, c'est une affection de l'enfance ou de l'adolescence, elle survient plus fréquemment au printemps et en automne, elle est déterminée par les microbes ordinaires de la suppuration.

3° Presque toujours intra-articulaire, la lésion osseuse primitive peut cependant être localisée au grand trochanter et être par conséquent extra-articulaire.

4° Au point de vue symptomatique, il faut distinguer avec Poncet une forme suraiguë où l'intensité des phénomènes généraux passe bien avant celle des lésions locales, une forme aiguë où la localisation est très nette, une forme légère correspondant aux douleurs de croissance et que l'on peut appeler la pseudo-coxalgie. Il existe une foule d'intermédiaires entre ces trois formes.

5° Le pronostic immédiat est très grave, le pronostic lointain, étant donnée la facilité avec laquelle l'enfant répare les lésions est plutôt favorable.

6° Enfin le traitement doit être avant tout rapide, l'in-

cision simple est insuffisante, la résection est souvent inutile, la trépanation large avec tunnellisation du col et du grand trochanter si celle-ci est nécessaire, nous semble l'opération de choix.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Ostéomyélite aiguë du col du fémur et du grand trochanter.

Antony C..., 14 ans entre à la salle Legendre, Hôpital Trousseau le 8 avril 1899.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, un frère et une sœur présentent des tuberculoses locales.

Les antécédents personnels sont mauvais. Faible constitution, rachitisme, céphalées fréquentes.

Il y a trois semaines, a présenté une éruption sur tout le corps pendant quatre ou cinq jours. Diagnostic ; Fièvre urticaire.

Le 1^{er} avril. — Apparaissent des douleurs dans les reins et la jambe droite ; la cuisse droite se tuméfie. La fièvre est intense, le médecin lui ordonne de l'exercice et des frictions au baume tranquille ; depuis le malade a maigri de jour en jour et a continué à avoir des symptômes généraux sérieux.

Entré à l'hôpital le 8 avril au matin, le malade présente à l'examen une température de 38° ; le teint est jauniâtre, les yeux cernés, le nez pincé, et il existe un état de prostration extrême.

A l'examen du membre malade, on constate que la cuisse droite est fléchie légèrement sur le bassin ; il existe du gonflement de toute la partie supérieure de la cuisse, prononcé sur-

tout au-dessous du grand trochanter. OEdème des téguments, pas de rougeur de la peau, circulation veineuse superficielle dans la région crurale. La pression sur l'extrémité supérieure du fémur est très douloureuse ; les douleurs spontanées très marquées, s'exagèrent au moindre mouvement. L'impotence fonctionnelle est absolue.

L'opération est faite immédiatement ; incision externe de 10 centimètres à partir du grand trochanter ; le périoste apparaît lardacé, verdâtre) assez semblable à une membrane fibrino-purulente) ; il se détache facilement de l'os ; il s'écoule alors d'en haut un pus abondant (à peu près la contenance d'un grand verre à boire). Le doigt introduit dans la plaie permet de sentir la face antérieure du col et du grand trochanter dénudée et rugueuse. On avance aisément jusqu'au bord de la tête fémorale, et on pratique le grattage du col et du grand trochanter dont la consistance est très friable.

On évide ainsi tout le col dont il ne reste plus que la moitié inférieure à peine et le grand trochanter dont il subsiste seulement une coque.

Large drainage à la gaze iodoformée ; la plaie est laissée largement béante.

Malgré l'intervention, la température du malade, reste sensiblement à 38° les jours suivants, le pouls est fréquent, mais le faciès s'améliore légèrement. Les pansements consécutifs donnent issue à une grande quantité de pus. Le 13 avril, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, la température tombe définitivement et l'état général est très satisfaisant.

L'examen du pus démontre la présence du staphylocoque.

Pendant tout le mois d'avril et le mois de mai, la suppuration

reste toutefois très abondante, mais la cicatrice tend à se fermer.

Le 20 juin. — On peut constater que la plaie qui a bon aspect n'a aucune tendance à se combler par le fond. Le stylet arrive sur les surfaces osseuses granuleuses ; il faut renouveler le pansement tous les jours, la suppuration étant toujours très abondante.

Le grand trochanter est élargi ; la pression est douloureuse sur le 1/4 supérieur du fémur dans toute son étendue ; les mouvements spontanés sont impossibles. Si l'on fait la flexion de la cuisse, très douloureuse, on obtient une crépitation osseuse nette. Le fémur quitte le cotyle et y rentre avec une grande facilité.

Le 26 juin. — Nouvelle intervention ; agrandissement de l'incision, grattage du col fémoral et du trochanter qui donnent de petits séquestres.

Le doigt introduit dans la plaie constate qu'il ne reste qu'une mince lame de la paroi externe du trochanter, toute la tête du fémur et 1 centimètre environ de la face postérieure du col. Drainage et pansement à la gaze iodoformée.

A partir de ce moment, les pansements faits régulièrement tous les trois jours permettent de voir que la guérison est lente et la suppuration toujours abondante.

Juillet 1899. — La plaie se comble enfin par le fond, mais suppure toujours abondamment. Le doigt sent au fond de la plaie de grosses masses granuleuses. Deux drains mis le jour de l'intervention persistent difficilement.

L'enfant sort de l'hôpital au mois de mars 1900 ne conservant qu'une fistulette, mais avec un raccourcissement notable et une claudication marquée.

OBSERVATION II (Personnelle).

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Ostéomyélite de la colonne vertébrale. Mort.

Albert S..., 6 ans entre le 10 août 1899. Salle Legendre hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts tuberculeux

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Histoire. — Le 31 juillet, l'enfant a eu un abcès dans la bouche et a présenté de la fièvre, des épistaxis et trois jours après il lui fut impossible de se lever.

A son entrée, on peut constater qu'il présente un état typhique grave ; sa langue est sèche, il existe une diarrhée abondante, l'adynamie est complète.

Le membre inférieur gauche est fléchi et en rotation externe. La racine de la cuisse gauche, à sa partie antérieure et au-dessous de l'arcade de Fallope est augmentée de volume ; la peau présente une teinte livide œdémateuse.

A l'exploration, on détermine de la douleur au niveau de la tête fémorale dans le triangle de Scarpa. La palpation du grand trochanter et de la diaphyse fémorale est indolore. De légers mouvements imprimés au membre inférieur ne paraissent pas déterminer de douleur, aussi pense-t-on à une ostéomyélite de l'os iliaque à sa région pubienne ou iliaque.

Opération le 11 août. — Première incision en dehors des vaisseaux sur le bord interne du couturier ; on trouve du pus au-dessous de la couche musculaire du psoas. En dedans de ce muscle et des vaisseaux, seconde incision qui draine complètement le foyer et permet d'explorer la face antérieure de la capsule articulaire qui semble ouverte au niveau de la bourse du psoas.

Cette ouverture est agrandie, la curette pénètre difficilement dans le col fémoral très dur sans aucun point ramolli. L'exploration de l'os iliaque ne révèle aucun point osseux dénudé ; on met un drain dans la poche, sous le psoas.

Après une faible rémission le jour de l'opération, on observe le lendemain une aggravation considérable des phénomènes généraux.

Le 13 août. — Il existe à la région dorsale, le long des apophyses épineuses un œdème bilatéral marqué surtout à gauche.

Incision à six centimètres de la colonne parallèlement à la ligne des apophyses épineuses ; on trouve un tissu cellulaire infiltré de sérosité. Pas de dénudation osseuse. Fermeture de la plaie.

L'examen du pus montre la présence du streptocoque.

Mort le 15 août 1899.

Autopsie. — Tous les organes sont en état de putréfaction très avancée.

Congestion pulmonaire intense. Reins blancs infectieux. Le psoas est soulevé par une collection purulente abondante. On pratique la section du psoas.

On constate un point dénudé sur le flanc gauche de la cinquième vertèbre lombaire. Petite cavité remplie d'un pus jaune.

Au niveau des 3/4 inférieurs de la fosse iliaque interne, périoste épaissi, granuleux, détruit par places.

Au-dessous, os grisâtre mais non infiltré de pus.

Le bourrelet cotyloïdien est détruit complètement à sa partie supérieure ; l'articulation est pleine de pus. Pas de lésion du cotyle. La tête fémorale ne présente pas de lésions extérieures ; il existe, au niveau de la trépanation du col une cavité large

comme une pièce de deux francs : le grand trochanter n'offre pas de lésions.

La coupe du fémur suivant sa longueur montre au niveau du col un os très vasculaire avec de petits points jaunâtres ; la tête fémorale est presque complètement détachée du reste de l'os.

OBSERVATION III (Personnelle).

Berthe G..., 4 ans, entre à la Salle Valleix le 19 août 1899. Le père est mort tuberculeux, la mère se porte bien. Une sœur est morte en bas âge.

Histoire. — Il y a trois semaines, l'enfant est prise d'une forte fièvre qui a duré huit jours. Sulfate de quinine, régime lacté. Une amélioration sensible s'étant produite, on lève l'enfant qui au bout de huit jours, était presque complètement rétablie bien qu'elle conservât une certaine faiblesse des jambes.

Subitement, le 11 août, la fièvre se déclare de nouveau ; les nuits sont agitées, de violentes douleurs se manifestent dans la jambe droite.

A l'arrivée de la malade dans le service, on constate un état typhique très accentué, état qui avait entraîné son admission dans un service de médecine. La cuisse droite est augmentée de volume dans la partie supérieure au-dessous du pli de l'aîne. A la palpation on sent des ganglions superficiels et une fluctuation profonde dans le triangle de Scarpa. Pas de changement de coloration des téguments.

Opération le 20 août. — Incision externe au devant du grand trochanter. Tissu œdémateux. Poche purulente sous-périostique

entourant l'os en avant et en dedans et contenant du pus mal lié. L'articulation coxo-fémorale n'est pas touchée.

Trépanation de la diaphyse fémorale qui est dénudée au moins dans sa moitié supérieure. Evidement du grand trochanter.

Pas de foyer intra-osseux net ; l'os cependant est mou et cède sous la curette.

Le 24 août. — Contre incision sur la face interne de la cuisse ; on arrive sur le fémur que l'on curette, drainage.

L'examen du pus n'a pas été fait.

Une large suppuration s'établit ; les phénomènes généraux semblent d'abord disparaître, mais bientôt prennent une nouvelle intensité. La région postérieure de la cuisse droite semblant présenter un nouveau foyer, on fait une incision postérieure et on draine une nouvelle poche à ce niveau. Pendant 1 mois l'état reste stationnaire.

Le 20 septembre. — L'état général est mauvais ; la cuisse droite suppure abondamment. Avec les contre-ouvertures, il y a trois plaies : deux antérieures (une en dedans, une en dehors des vaisseaux) une postérieure sous-fessière. Des drains mènent au foyer osseux. L'extrémité supérieure du fémur est presque complètement détruite par la curette ; il reste seulement la coque du grand trochanter et une lame osseuse interne reliant la diaphyse à l'épiphyse supérieure.

Malgré l'abondante suppuration, la température élevée fait penser à l'existence d'un autre foyer qui est découvert et opéré le 23 septembre 1899. Il siège au niveau de la partie supérieure du péroné gauche.

L'incision donne issue à un demi-verre de pus.

Le péroné est dénudé, friable et se fracture dès le premier

coup de curette. Chacun des deux segments est mis à nu et réséqué, de sorte que la tête du péroné reste seule.

Pas d'amélioration à la suite de cette intervention; langue sèche, diarrhée, pouls rapide; toux; à l'auscultation, les poumons sont remplis de râles fins.

Mort le 25 septembre 1899.

A l'autopsie, l'examen des lésions ne montre rien de plus que ce qui avait été constaté au cours des interventions. On ne trouve pas d'autre foyer osseux. Pas de foyers viscéraux. Seuls les poumons présentent des lésions étendues de broncho-pneumonie.

OBSERVATION IV (personnelle).

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, décollement de la tête fémorale. Guérison.

André J..., entré le 17 septembre 1899, salle Legendre, hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, élevé au biberon; il a eu la rougeole en avril 1899. Il y a une quinzaine de jours, l'enfant se blesse à la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse sur le fer d'une grille qu'il voulait sauter.

La plaie très circonscrite et assez profonde (trois à quatre centimètres) a été pansée par les parents à l'eau boriquée, à l'alcool camphré et à l'eau blanche. Au bout de cinq à six jours la plaie était fermée, mais toute la moitié supérieure de la cuisse était enflée.

A l'examen on constate un gonflement assez considérable qui

remonte au-dessus de l'arcade crurale ; pas de rougeur, mais hyperthermie de la région. Douleur à la pression sur toute la cuisse, maxima au niveau des adducteurs. Pas de fluctuation perceptible, pas d'œdème, pas de lymphangite. Engorgement ganglionnaire de l'aîne et des ganglions de la fosse iliaque interne.

Le 22 septembre. — Sa fièvre étant toujours accentuée et bien qu'il n'y ait pas de phénomènes généraux graves, on se décide à intervenir. Quand on l'apporte à la salle d'opération, l'enfant aa cuisse fléchie sur le bassin sans qu'il y ait d'abduction ou d'adduction nettement prononcée ; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont extrêmement douloureux et la palpation de la région postéro-supérieure de la cuisse ne peut être supportée.

On peut constater ;

1° Que l'empâtement qui existait dans la fosse iliaque n'est pas plus accentué.

2° Qu'au niveau de la plaie ancienne, à la région postéro-supérieure de la cuisse existe un empâtement en gâteau qui s'étend jusqu'à la moitié environ de la cuisse. Il semble bien qu'il existe au-dessous de cet empâtement une collection profonde.

3° En avant du grand trochanter, le tenseur du fascia lata et l'aponévrose sont soulevés par une collection qui bombe fortement.

4° Enfin, au niveau du petit trochanter, l'attache inférieure du psoas est soulevée par une collection qui semble communiquer avec celle de la partie postérieure de la cuisse.

Opération. — Incision parallèle à l'axe de la cuisse de 10 centimètres environ dont le centre est occupé par la cicatrice ancienne. Issue d'une grande quantité de pus (environ 1/2 litre) ;

le doigt introduit dans la plaie constate qu'il y a communication entre les muscles avec l'autre poche située sous le psoas, mais il ne semble pas que la poche située sous le fascia lata ait été vidée. Incision en ce point en avant du grand trochanter ; cette incision donne issue à une nouvelle quantité de pus. Le doigt introduit dans l'incision arrive au contact du sourcil cotyloïdien. Les mouvements de rotation imprimés au fémur permettent alors de constater que la capsule de l'articulation de la hanche est ouverte, que la tête du fémur est fixée dans la cavité cotyloïde, dénudée et complètement séparée du reste de l'os au-dessous ; le reste de l'os est rugueux, dénudé. La tête fémorale est retirée à l'aide d'une pince ; on tunnellise avec la curette le col du fémur, on gratte également la cavité cotyloïde tant que l'os friable se laisse pénétrer. Drainage à la partie supérieure et à la partie inférieure. On fait mettre la cuisse en extension.

L'examen du pus montre la présence du streptocoque.

1^{er} novembre 1899. — La plaie inféro-postérieure est cicatrisée entièrement, la plaie supérieure est en voie de guérison, le drain est enlevé depuis huit jours, il n'existe pas de trajet fistuleux.

18 novembre 1899. — Plaie supérieure entièrement cicatrisée. Raccourcissement de 2 centimètres au moins ; le fémur est ankylosé avec l'os iliaque, les mouvements de cuisse entraînent des mouvements correspondants de l'os iliaque sans la moindre douleur.

Le malade quitte l'hôpital le 24 décembre 1899. La plaie est entièrement cicatrisée, pas de douleurs, la marche est assez facile avec boiterie due à l'ankylose incomplète et au raccourcissement.

Le malade a été revu le 21 février 1900. L'enfant boite alors légèrement, les mouvements de la hanche sont limités, cependant la flexion se fait presque normalement.

Mensuration : 2 centimètres de raccourcissement.

Petite fistulette à la partie supérieure de la plaie. Légère courbure de compensation de la colonne vertébrale.

OBSERVATION V

M. H., 6 ans. Symptômes généraux typhiques ; symptômes locaux simulant une psoïte. Ostéo-myélite de la cavité cotyloïde. Mort.
(Lecomte. Thèse de Paris, juin 1894).

Fille de père et mère bien portants, cette enfant a perdu une sœur de broncho-pneumonie.

Elle a joui d'une bonne santé et n'a eu aucune maladie jusqu'au commencement du mois dernier.

Vers le 8 avril elle a reçu dans l'aîne droite un coup de pied suivi d'une chute, en arrière, sur les deux coudes.

Les jours suivants elle s'est plainte de douleur dans la cuisse droite qui l'ont forcée à ne plus aller à l'école. Elle rentre chez elle et se couche.

Quelques jours après, perte de l'appétit. Les douleurs dans la cuisse droite sont devenues assez intenses pour empêcher la marche d'abord, et bientôt tout mouvement de ce membre.

En même temps ses parents, outre l'anorexie, constatent des vomissements, du délire nocturne.

Deux jours avant son entrée elle a commencé à tousser. Enfin, elle est constipée et n'est pas allée à la selle depuis plusieurs jours.

Le 28 avril. — Ce qui frappe au premier abord, dans l'attitude

de la malade, c'est une demi-flexion de la cuisse droite. Elle ne peut imprimer à ce membre que des mouvements de flexion et d'extension très limités.

Si on cherche à exagérer ces mouvements, si on provoque l'adduction et surtout l'abduction, la petite malade se plaint vivement et pousse des cris. En même temps les muscles de la cuisse se contractent et, si on insiste, le bassin se déplace et suit les mouvements du membre inférieur.

La palpation ne révèle aucun point douloureux, soit dans les masses musculaires de la cuisse, soit au niveau des cartilages dia-épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur.

La palpation de la fosse iliaque ne révèle ni empâtement, ni tumeur, ni douleur, sauf au voisinage de la partie interne de l'arcade de Fallope. La moindre pression à ce niveau détermine une douleur très violente.

La percussion du talon, celle du grand trochanter, des apophyses épineuses des vertèbres, de la crête iliaque, de l'articulation sacro-iliaque, ne produisent aucune douleur.

L'aspect général de la malade est celui d'une typhique.

Considérablement prostrée, elle a eu du délire pendant la nuit, la douleur est tellement intense, que l'enfant pousse de temps en temps des cris déchirants.

Les incisives supérieures sont noires, profondément altérées et très mobiles dans leurs alvéoles. Les autres dents sont blanches et saines.

La langue est sale, un peu rouge sur les bords.

La gorge est rouge ; mais sans aucun dépôt pultacé ou autre. L'anorexie est complète ; la constipation de la malade a nécessité l'administration d'un lavement à la suite duquel elle a eu une selle. L'examen de l'appareil respiratoire montre que la

sonorité est normale sur toute l'étendue des poumons ; mais à l'auscultation, on entend à droite et à gauche de nombreux râles ronflants et sibilants.

Les autres organes sont normaux. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Température : M. 38°6, S. 40°4.

Traitement. — Régime lacté. Todd avec benzo-naphtol 2 gr. Sulfate de quinine 0 gr. 40.

Application de quatre sangsues à la partie inférieure de la région iliaque droite. Onguent mercuriel en frictions sur l'abdomen.

Le 20 avril. — L'état général est le même; seule, la flexion de la cuisse sur l'abdomen s'est un peu accentuée.

On constate en outre, la présence, au niveau de la partie postérieure du coude gauche, d'une collection purulente qui n'avait pas été remarquée hier et dont l'enfant ne se plaignait pas.

L'ouverture de cet abcès est faite immédiatement. Il en sort un liquide séro-purulent, couleur chocolat, au fond de la poche, l'olécrâne est à nu, privé de son périoste, et l'exploration avec un stylet montre que l'os est dénudé. Pansement antiseptique.

Température : matin 39°, soir 39°2.

Traitement. — Le même que précédemment moins les sangsues.

Le 22 avril. — L'état général paraît un peu amélioré ; les douleurs spontanées sont moins vives et la petite malade ne se plaint que lorsqu'on la touche.

La flexion de la jambe s'est tellement accentuée qu'elle est devenue une véritable rétraction telle que les auteurs la décrivent dans la psotitis.

Les symptômes locaux ne sont, par ailleurs, aucunement modifiés. Aucun empâtement.

La pression dans la partie inférieure et interne de la fosse iliaque droite est toujours douloureuse.

Les mouvements d'extension et d'abduction très limités sont aussi extrêmement douloureux.

Au niveau de l'épitrôchlée de l'humérus droit est apparu un deuxième abcès, chaud et douloureux.

Ouverture au bistouri. Il sort à peu près une cuillerée à bouche de pus qui a tous les caractères de pus louable : blanc, bléâtre, crémeux.

L'examen microscopique ne décèle, dans ce pus, la présence d'aucun microbe autre que ceux de la suppuration vulgaire. L'examen par la lamelle et les cultures y montre le staphylocoque en culture parfaitement pure.

Température : M. 38°. S, 38°,8.

Pas de modification dans le traitement.

Le 24 avril. — Il y a peut-être un peu d'amélioration dans l'état général plus marqué que les jours précédents. L'état local semble également s'améliorer.

Pansement des abcès des deux coudes. Examen du pus qui s'écoule du bras gauche : On y trouve également du staphylocoque et pas d'autres éléments pyogènes.

L'abcès du bras droit est en voie de guérison : celui du bras gauche ne se modifie guère : le recollement ne se fait pas, la suppuration est abondante.

25 avril. — A l'auscultation des poumons, râles ronflants et sibilants très nombreux, disséminés, des deux côtés sur toute la hauteur des poumons.

En apparence l'état général de la petite malade continue à

s'améliorer ; mais en revanche, la douleur à la pression est à peu près aussi intense dans la fosse iliaque. Les mouvements de flexion et d'extension ont repris à peu près leur amplitude normale ; il est vrai qu'une partie de ces mouvements se passe dans la colonne vertébrale qui se courbe quand on cherche à allonger le membre inférieur droit.

Les mouvements d'adduction et d'abduction, de rotation en dedans et en dehors sont très douloureux.

La petite malade arrive, bien qu'avec beaucoup de peine, à s'asseoir dans son lit.

Température : M. 38° 6. S. 39° 4.

Traitement. — Friction avec onguent mercuriel, Todd. Salol 2 grammes.

28 avril. — La malade étant dans le décubitus dorsal, on constate que le sillon inguinal droit est effacé ; la dépression normale est remplacée par une voussure. Dans la fosse iliaque du même côté, le palper révèle un empâtement profond dans la partie inférieure et interne.

L'abcès du bras droit est complètement guéri.

Celui du coude gauche, reste dans le même état.

Température : M. 39° 6. S. 38° 4.

30 avril. — On découvre deux nouveaux abcès :

1° Au niveau de l'extrémité interne de la clavicule gauche.

2° Un peu au-dessous et en dehors du précédent au niveau de la quatrième côte.

Ouverture de ces abcès : Il en sort un pus crémeux, louable, de bonne qualité. Examiné au microscope, il contient également du staphylocoque pur. L'exploration avec le stylet ne révèle pas de lésion osseuse. Les ouvertures sont trop petites pour permettre l'exploration digitale.

L'abcès du coude droit suppure abondamment ; l'induration qui entourait la base de la poche a diminué, mais le recollement ne se fait pas.

On constate de plus :

1° Que le membre malade a considérablement augmenté de volume depuis la veille ; empatement considérable, œdème profond. A sa surface, la coloration de la peau est normale.

2° Circulation complémentaire sous-cutanée très développée à droite ; veinosités bleuâtres, saillantes entre les veines sous-cutanées abdominales d'une part et les veines mammaires internes et intercostales inférieures d'autre part.

2 mai. — La circulation sous-cutanée ne s'est pas modifiée ; mais il y a de l'œdème des grandes lèvres ; les veines superficielles y sont également très dilatées.

Le palper de la fosse iliaque droite n'est presque pas douloureux ; cependant afin de pouvoir pratiquer un examen complet l'enfant est endormie.

La tumeur siège immédiatement en arrière de l'arcade de Fallope ; elle est allongée transversalement le long de cette arcade, et vers sa partie moyenne.

Elle se perd dans la profondeur du bassin sans qu'on puisse lui assigner des limites nettes dans le sens de la profondeur.

Le toucher rectal montre dans la partie droite du petit bassin une collection fluctuante : le flot peut être perçu facilement par l'exploration bimanuelle.

En imprimant des mouvements divers à la cuisse, on entend des craquements très nets qui paraissent se produire dans l'articulation coxo-fémorale. La tête présente, dans la cavité articulaire, un peu de mobilité anormale.

Une intervention chirurgicale est jugée urgente : incision de

dix centimètres parallèle à l'arcade de Fallope et au-dessus de cette arcade. Elle conduit dans une vaste poche purulente. Dans le pus on trouve quelques débris osseux. Le doigt introduit très profondément trouve dans l'os iliaque une perforation qui conduit dans la cavité articulaire. L'articulation étant envahie, la résection du fémur est jugée indispensable et pratiquée séance tenante. La tête fémorale est à peu près saine ; le cartilage est à peine érodé.

Au contraire la cavité cotyloïde est détruite en grande partie.

Pansement salolé, ouaté.

L'enfant meurt dans la journée.

Les parents n'ont pas permis l'autopsie.

OBSERVATION VI

(Thèse de Girard).

Le nommé L. F..., 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Archambault, dans le service de M. le Dr Moizard, le 15 mars 1892.

Comme antécédents héréditaires on note que le père et la mère sont bien portants. Deux sœurs sont mortes, l'une de méningite, l'autre d'une affection pulmonaire aiguë. L'enfant a commencé à souffrir de la tête le premier mars, sans que les parents aient constaté aucune lésion.

Le 16 mars.— A l'examen : l'enfant a un aspect typhique très marqué ; il est dans un état de prostration assez considérable ; il a du délire nocturne, il pousse des cris plaintifs ; sa langue est saburrale, il a de l'anorexie et de la constipation.

La température qui est le matin de 38°, atteint le soir 40°4. A

l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants très nombreux. Le membre inférieur droit est fléchi, les mouvements sont impossibles surtout l'adduction et l'abduction.

Le palper et la percussion de la hanche et du grand trochanter ne sont pas douloureux.

Le 18 mars. — On trouve à la tête un abcès assez étendu. L'ouverture en est faite au bistouri ; il s'écoule un pus sanieux et très limpide.

Le gonflement de la cuisse est plus marqué.

L'état général paraît cependant un peu amélioré.

La température reste toute la journée à 38°. Le 20 mars, un petit abcès apparaît au coude. Il est ouvert aussitôt. L'examen a montré que le pus contenait de nombreux staphylocoques. Le 23 mars l'amélioration de l'état général est de plus en plus nette.

Les mouvements de la cuisse sont toujours aussi douloureux. La température se maintient entre 38° et 38°4.

Le 25 mars. — On constate que le sillon inguinal est effacé ; dans la partie inférieure et interne de la fosse iliaque droite, on trouve une tumeur rénitente.

Le 27 mars. — Augmentation du volume de la cuisse, empâtement profond dans ce membre.

Deux nouveaux abcès se montrent dans la région dorsale supérieure ; l'un profond, l'autre sous-cutané.

Le 28 mars. — On constate une circulation complémentaire assez développée dans la moitié droite de l'abdomen et dans les bourses. Il existe en outre un léger œdème du scrotum.

Le 30 mars. — L'enfant passe dans le service de M. le professeur Lannelongue. Il est très pâle, très amaigri, il a de légères épistaxis ; on constate un œdème considérable de la cuisse droite

et une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque ; de grosses veinosités existent à la racine de la cuisse.

L'enfant est alors endormi au chloroforme ; en pratiquant les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse on constate de gros craquements dans l'articulation de la hanche ; la pression sur le grand trochanter reproduit ces mêmes craquements.

La température reste à 38°4.

M. le Dr Broca se décide à une intervention. Il fait une incision sur l'artère iliaque externe qui est mise à nu avec la veine, soulevée qu'elle était par le foyer purulent. L'incision de ce foyer est faite en dehors des vaisseaux et M. Broca arrive sur le fond du cotyle dénudé.

C'est un abcès profond du bassin qui a pour origine certaine le cartilage en Y. Pour drainer plus facilement cet abcès pelvien, M. Broca pratique, séance tenante, une seconde opération, la résection de la hanche, et la tête fémorale une fois enlevée, la trépanation du cotyle au niveau du cartilage en Y. Des mèches iodoformées sont introduites par les deux incisions.

Il y avait du pus dans la hanche, mais en petite quantité :

Après l'opération l'enfant s'affaiblit de plus en plus par une suppuration abondante.

La température se tient entre 38° et 39° à part certains jours où elle monte jusqu'à 40° et même 40°6. Dans la dernière semaine l'œdème du membre inférieur est considérable, mais on ne constate pas de nouveaux foyers.

L'enfant meurt le 20 avril.

Autopsie. — Quand on a incisé la peau au niveau du triangle de Scarpa, une masse de pus est sortie qui avait contourné le fémur et venait de l'articulation. Les trois os qui forment la cavité cotyloïde sont complètement séparés l'un de l'autre : il

n'y a plus de cartilage, les os sont érodés et la cavité est remplie de pus. Le pus a fusé dans la cavité pelvienne, en arrière de l'obturateur interne ; puis il est passé en avant de la vessie en décollant le tissu cellulaire et est arrivé du côté gauche du bassin où il existe un vaste foyer sous l'obturateur interne et sous le releveur de l'anus. Ce foyer purulent s'est frayé deux passages, un par la grande échancrure sciatique, l'autre par le trou obturateur pour arriver dans la cuisse gauche sans qu'il y ait de ce côté de lésions, ni dans l'articulation, ni dans le fémur, ni dans le bassin, à part cependant l'épine sciatique qui est dénudée.

OBSERVATION VII

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur droit.

Trépanation à la curette. Mort.

(Braquehayé, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 27 avril 1895).

Marie C..., âgée de 15 jours à peine, nous est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau pour affection aiguë de la hanche droite.

Cette enfant est le premier né d'une mère anémique. Les suites de couches ont été bonnes.

La petite malade, nous disent les parents, s'est bien portée jusqu'à la veille au soir, 11 mars 1895.

Le 12 mars. — Quand nous la voyons, nous constatons sur le pourtour de l'ombilic une ulcération qui suppure et dont les bords sont enflammés, rouges, violacés. Rien ailleurs.

La hanche droite est en flexion. La peau de cette région n'est pas très rouge, mais œdémateuse, surtout en dedans. La circu-

lation veineuse collatérale est exagérée. La pression sur la hanche et les mouvements sont douloureux et arrachent des cris à l'enfant. Sensation nette de fluctuation profonde, surtout en dedans. La température est de 37°7.

On fait aussitôt une incision parallèle aux muscles adducteurs. On tombe d'abord sur une vaste poche purulente extra-articulaire. Mais il existe aussi du pus dans l'articulation ; la capsule est incisée à son tour et on sent le col du fémur dénudé sur sa face postérieure. On le trépane à la curette à ce niveau. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. Pansement.

L'enfant n'est pas revenue se faire panser.

Nous avons appris qu'elle était morte quatre jours après l'opération.

OBSERVATION VIII

Abcès dans la région dorsale ; ostéomyélite de l'extrémité supérieure du cubitus gauche et de la tête du fémur droit. Guérison avec boiterie légère.

(Braquehay. *Gazette heb. med. et chirurg.*, 1895).

Marie B..., 6 semaines se présente le 14 décembre 1893 pour un abcès du dos et du coude gauche.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents personnels ni héréditaires.

Il y a 5 jours, les parents remarquèrent que leur enfant portait à la région dorso-lombaire une grosseur du volume d'une noisette.

Elle est actuellement (14 décembre 1893) du volume d'une demi-noix, fluctuante, mais non rouge. Elle glisse sur les parties voisines.

Du côté de l'avant-bras, la tuméfaction ne date que de deux jours, bien qu'elle soit déjà plus volumineuse.

A sa surface la peau est tendue, œdémateuse et présente quelques veines. Fluctuation probable près de l'extrémité supérieure du cubitus. Cette tuméfaction est limitée nettement en haut à l'articulation, en bas à deux travers de doigt au-dessous de celle-ci.

Le 14 décembre. — Incision de l'abcès dorsal. On ne trouve aucun point dénudé. Incision sur le bord postéro-interne du cubitus. On trouve le périoste décollé. L'os est trépané à la curette. Pansement iodoformé.

Lé 23 décembre. — Les deux abcès incisés vont très bien, mais depuis hier il y a du gonflement à la racine de la cuisse droite, surtout en dedans. La tuméfaction est profonde.

Immédiatement on incise sur la tuméfaction et on trouve du pus sous les adducteurs et dans l'articulation. Os dénudé sur le col du fémur.

La petite malade a été revue le 29 mars 1894, complètement guérie. Elle boîte légèrement.

OBSERVATION IX

Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur gauche.

Trépanation. Guérison.

(Braquehay. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1895).

Marguerite C..., 7 mois, est amenée le 20 juin 1893 à l'hôpital Trousseau. Les parents nous racontent qu'elle fait ses dents, mais que l'évolution de la dernière s'est accompagnée de beaucoup de fièvre et qu'il existe en même temps de la douleur à la hanche gauche. Un médecin consulté n'a vu qu'une cause den-

taire à ces phénomènes généraux et a prescrit un traitement médical sans résultat.

Nous constatons qu'il s'agit d'une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Le 20 juin, l'enfant est opérée par notre collègue Delanglade, qui trépane l'os malade.

La petite malade a été ramenée au pansement pendant six semaines, temps que nécessita la guérison.

Celle-ci s'est maintenue depuis.

Quand nous revoyons l'enfant, le 18 avril 1895, c'est une superbe fillette de trois ans ; sa hanche est parfaitement mobile, sans le moindre craquement.

L'extrémité supérieure du fémur est normale.

Marguerite C..., trotte toute la journée sans fatigue ni douleur.

La mensuration des deux fémurs nous a donné : à gauche, 21 centimètres, à droite 20 centimètres. Il y a donc un léger allongement du côté malade.

OBSERVATION X

Ostéomyélite aiguë intra-articulaire du col du fémur. Arthrite purulente consécutive de la hanche. Pyohémie.

(Coudray. *Soc. anat.*, 6 mai 1897).

Garçon de neuf ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur Lannelongue, plus de trois semaines après le début des accidents.

Ressent de violentes douleurs dans le membre inférieur gauche et dans la hanche en particulier. OEdème de tout le membre. Etat général très grave. Au moment où le malade est examiné, il présente les signes évidents de l'infection purulente :

grandes oscillations thermométriques, arthrites purulentes multiples.

Quelle origine attribuer à cette pyohémie ?

L'attention est attirée du côté de la cuisse gauche, qui présente un gonflement considérable, marqué surtout à sa racine. Les mouvements sont encore possibles, l'articulation semblerait relativement saine, au moins quant au squelette ; mais en soulevant la cuisse, on perçoit dans la hanche un gros craquement sec, manifestement dû au frottement de deux surfaces dénudées.

M. Lannelongue porte le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. Enfin, il existe un empâtement dans la fosse iliaque interne du même côté et une énorme collection occupant presque toute la cuisse à la partie antérieure et interne.

L'enfant meurt au bout de quatre jours.

Autopsie. — On remarque :

1° A la périphérie, en dehors du squelette de la hanche, une collection purulente occupant la fosse iliaque interne et les trois quarts inférieurs de la cuisse du côté gauche ; le fémur, n'est dénudé en aucun point ;

2° L'articulation elle-même est remplie de pus et communique avec la poche purulente située au-devant d'elle ;

3° Le squelette de la hanche est le siège de lésions importantes.

En sectionnant longitudinalement la tête et le col du fémur, la tête s'est détachée de la partie adjacente du col. Ce dernier présente à l'extérieur des inégalités, des petites saillies et une coloration grisâtre.

Sur sa face antérieure et sur son bord postérieur, l'os a subi

un commencement d'ulcération. A la coupe, le tissu spongieux présente une coloration grisâtre, due à une infiltration purulente, principalement dans la partie supérieure du col. La tête du fémur, complètement dépourvue de cartilage, est dure et infiltrée de taches jaunâtres et purulentes. Elle a conservé sa régularité.

Le canal médullaire est sain.

Du côté de la cavité cotyloïde, les altérations sont moins prononcées ; néanmoins le cartilage a disparu dans toute la partie antérieure et supérieure ; il ne persiste qu'en arrière et en bas et est recouvert en ce point par des bourgeons charnus rougeâtres. Il s'agit donc d'une ostéomyélite aiguë ayant débuté par l'extrémité interne ou supérieure du col fémoral, ayant envahi consécutivement la tête fémorale et provoqué une arthrite purulente. La collection intra-articulaire s'est elle-même propagée dans la fosse iliaque, par la bourse du psoas et est descendue dans la cuisse par la même voie.

OBSERVATION XI

Ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. Incision simple, sans trépanation. Mort de broncho-pneumonie, plus d'un mois après.

(Braquehay, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1895).

Henri H..., 2 ans est porté sur le registre d'opérations le 31 décembre 1892 avec diagnostic d'ostéomyélite aiguë de la hanche.

L'incision a été faite en dedans et en avant. Il y avait du pus entre la capsule et les muscles et, d'autre part, dans l'articu-

lation elle-même. Le premier de ces foyers était volumineux et situé en dedans et en arrière du fémur.

L'os n'a pas été trépané.

Il sort guéri le 27 janvier 1893.

Nous avons appris que peu après sa sortie, il était mort d'une fluxion de poitrine (broncho-pneumonie probable).

OBSERVATION XII

Ostéomyélite aiguë du col du fémur. Guérison avec une articulation normale.

(Macnamara. *Brit. med. journ.* juillet 1888.

A. F..., âgé de 9 ans entré à l'hôpital le 10 janvier 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Garçon d'apparence strumeuse, mais n'ayant jamais été malade. Quinze jours avant son arrivée à l'hôpital, il reçut un coup violent, à gauche, sur la région trochantérienne. Pas de contusion apparente mais douleur très vive au niveau du point frappé, surtout à l'occasion des mouvements. Les jours suivants, il boîtit. Dix jours après l'accident, le malade fut pris brusquement, dans son lit, d'une violente douleur le long de la cuisse gauche et il resta dans cet état jusqu'au moment de son admission à l'hôpital. Il avait alors une température de 40°,3, 40°,4. Cuisse gauche fléchie légèrement et en abduction. Douleurs excessivement intenses, provoquées par les mouvements et les pressions au niveau de la tête fémorale. Pas de tuméfaction apparente. La nuit, l'enfant eut du délire. Le membre fut placé dans une attelle et des vessies de glace furent appliquées au niveau de la hanche.

Le lendemain tous les symptômes s'aggravèrent et l'on se décida à intervenir. On fit une longue incision à la partie pos-

térieure du grand trochanter remontant jusqu'au niveau de l'articulation coxo-fémorale de façon à permettre un drainage efficace lorsque l'enfant serait couché sur le dos, dans son lit. On trouva le col du fémur rugueux et creusé de cavités ; il était en partie du moins, séparé de la tête fémorale, car l'extrémité du doigt pouvait être introduite entre le col et la tête, lorsque le membre était placé en abduction ; cette manœuvre faisait sourdre, au niveau du cartilage de conjugaison, une certaine quantité de pus renfermant de nombreux staphylocoques. Drainage. Pansement antiseptique.

La température tomba le soir même, la douleur disparut complètement. Le lendemain l'enfant était souriant et son état général était très amélioré.

On enleva le pansement le sixième jour et le drain le douzième.

L'enfant quitte l'hôpital le 23 février. Il pouvait marcher dans la salle sans la moindre difficulté et les mouvements de sa hanche étaient parfaits.

OBSERVATION XIII

Un cas d'ostéomyélite à pneumocoques. (Lannelongue et Achard. *Bull. méd.*, 1890, p. 789).

Maurice B..., âgé de 17 mois, est apporté à l'hôpital Trousseau, le 11 juin 1890. On n'a aucun renseignement sur l'origine des accidents. L'enfant était placé en nourrice à la campagne, d'où la mère, avertie de sa maladie, l'apporte directement à l'hôpital.

On constate les signes suivants ; Le membre inférieur droit

est dans la rotation en dehors et repose par sa face externe sur le plan du lit. Il est le siège d'un gonflement énorme qui lui donne l'aspect d'un gigot. En travers, le diamètre de la partie supérieure de la partie supérieure de la cuisse mesure 19 centimètres, tandis que celui de l'autre côté n'en a que 10.

La circonférence à ce niveau est de 30 centimètres du côté malade et de 15 seulement du côté sain. Le pli de l'aîne est soulevé par la tuméfaction. Enfin, en arrière, au-dessus de la fesse, on voit une saillie, formée certainement par une collection purulente, occupant toute la cuisse et la cavité articulaire.

Le fémur jouit de mouvements extrêmement étendus. Le trochanter paraît plus saillant qu'à l'état normal. A la surface de la peau se dessine un réseau veineux très développé.

Le doigt porté dans le pli de l'aîne y perçoit quelques ganglions. On fait le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, avec décollement épiphysaire et fusées purulentes au milieu des parties molles de la cuisse. Bien qu'on n'ait pu sentir de crépitation, la mobilité anormale est telle, qu'elle permet à elle seule de diagnostiquer le décollement épiphysaire.

Opération le 12 juin 1890. — L'incision de l'abcès fessier laisse écouler une grande quantité de pus. Puis le bistouri, porté à travers les muscles, ouvre la capsule de l'articulation coxo-fémorale. On constate alors, par le toucher, la désunion complète de l'extrémité supérieure du fémur.

Immédiatement au-dessus du grand trochanter est une surface osseuse, irrégulière, formée par le col fémoral. Dans le fond de la cavité cotyloïde se trouve un plan de tissus épaissis dans lesquels siège probablement la tête fémorale. Les collections purulentes qui occupent la partie antérieure se sont

vidées par l'incision postérieure, elles étaient vraisemblablement intra-musculaires et non sous-périostiques. La trépanation du fémur a été jugée inutile en raison du décollement épiphysaire.

Le soir de l'opération, la fièvre est complètement tombée T. 37°,2.

Les jours suivants, l'état général se maintient satisfaisant. L'enfant prend beaucoup de lait au biberon, mais il est très pâle. Localement la plaie a très bon aspect et suppure à peine.

Au bout d'une huitaine de jours, on remarque que l'enfant renverse la tête en arrière et présente de la contracture de la nuque. Il n'a pas de fièvre, pas de vomissements. Ces symptômes disparaissent au bout d'une quinzaine de jours.

Par la suite, l'enfant dépérit ; la fièvre s'allume, bien que localement la plaie soit à peine fermée.

Il meurt dans le marasme le 13 juillet 1890.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort. On trouve sur la valvule mitrale une injection assez marquée et une série d'épaississements de l'endocarde, principalement vers la partie interne où existe un nodule arrondi.

Pas de pneumonie ni de méningite.

La capsule articulaire de la hanche droite est très épaissie, dense et fibreuse. L'épaississement est plus grand en certains points, notamment en avant et en haut, où il atteint presque un centimètre.

La synoviale qui double la capsule est rouge et épaissie. Elle se prolonge sur l'extrémité supérieure du fémur et pénètre dans les dépressions et les anfractuosités qu'on y rencontre. Sur le cotyle, la synoviale se confond avec des fongosités rouges, vasculaires, qui remplissent presque toute la cavité. Ces fongosités

se sont substituées au cartilage permanent et englobent tout le fibro-cartilage qui disparaît en se confondant avec elles à la périphérie du cotyle.

En un mot, il n'y a plus à proprement parler de cavité cotyloïde et l'extrémité supérieure du fémur repose sur un plan matelassé de fongosités déjà assez consistantes, c'est-à-dire en voie d'organisation fibreuse. Ces fongosités du cotyle se continuent avec celles qui existent sur l'extrémité supérieure du fémur.

Il n'y a plus à proprement parler de tête fémorale reconnaissable. Du col, cartilagineux à cet âge, part une surface aplatie qui est en partie formée, non par le cartilage permanent, mais par le cartilage épiphysaire, sur lequel sont appliqués quelques restes du cartilage permanent et des fongosités inflammatoires.

Quant au noyau osseux de la tête, il a disparu ainsi que presque tout le cartilage permanent. La surface qui termine l'extrémité supérieure du fémur s'applique sur la cavité cotyloïde, les fongosités des deux os formant entre eux un lien continu.

A la partie inférieure, le cartilage épiphysaire présente un trou qui s'enfonce dans le col fémoral et dans lequel pénètrent des fongosités.

Au-dessus des grand et petit trochanters, il y a sur le fémur une couche de nouvel os qui en augmente l'épaisseur. Le tissu compact est aussi plus dur, et dans le tiers supérieur, le canal médullaire est très diminué dans ses dimensions transversales. Ajoutons que l'articulation ne communiquait plus avec l'extérieur, et que tout indique qu'une ankylose fibreuse et peut-être osseuse dans l'avenir, était en voie de formation.

Examen microbiologique. — Les microbes existant à l'état de pureté dans le foyer purulent présentent les caractères du

pneumocoque de Fraenkel (*streptococcus lanceolatus* Pasteuri). Le pus recueilli lors de l'opération et examiné histologiquement, renfermait des diplocoques lancéolés et encapsulés. Les cultures de ce pus, faites à la surface de la gélose, ont donné l'apparence d'un pois pointillé demi-transparent. Par piqure, la strie d'inoculation est formée de petits points grisâtres. Ce microbe ne se cultive pas à 20° dans la gélatine. Dans le bouillon, à 38°, il se produit un léger trouble et donne lieu à un dépôt très peu abondant constitué par une fine poussière que soulève l'agitation. Dans le bouillon, il forme de longues chaînettes.

Ce diplocoque se développe bien à l'abri de l'air, dans les cultures faites sous le pétrole, suivant le procédé indiqué par M. R. Wurtz.

Expérimentalement, ce microbe est mortel pour la souris et le lapin. Dans le sang, la pulpe d'organes, les sérosités des animaux ayant succombé à l'inoculation, il se trouve sous la forme caractéristique du diplocoque lancéolé et encapsulé, coloré par la méthode de Gram.

Quelques gouttes de pus recueillies dans la plaie cinq jours après l'opération, ont donné lieu à des cultures de staphylocoque blanc et orangé, sans pneumocoques.

De ce fait, la porte d'entrée du microbe est restée inconnue. Mais il est certain que son transport jusqu'à l'os s'est fait par la voie circulatoire. La constatation nécropsique de l'endocardite est venue confirmer la réalité de l'infection sanguine.

OBSERVATION XIV

Ostéite aiguë du col et de la tête du fémur. Résection de la tête et du col du fémur. Guérison.

(Macnamara, *Brit., med. Journ.*, juillet 1887).

L. E. ..., âgée de 14 ans, entrée à l'hôpital de Westminster le 12 mars 1887. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Quelques jours avant son arrivée à l'hôpital, elle ressentit à la hanche droite, en sautant un tas de poussière, une douleur peu intense qui disparut rapidement et ne l'empêcha pas de marcher le reste de la journée. La nuit, toutefois, elle souffrit beaucoup dans l'articulation coxo-fémorale; la douleur continua le lendemain et la malade fut obligée de garder le lit. Elle avait une forte fièvre et en quelques jours il se produisit un énorme gonflement de toutes les parties molles avoisinantes de l'articulation. Le médecin ordonna son transport à l'hôpital.

A son arrivée, température de 40°5, délire violent, douleurs très intenses, fluctuation manifeste dans la région de la hanche. Une opération fut immédiatement décidée. On ouvrit l'articulation au niveau du grand trochanter, une once de pus environ s'écoula, de couleur jaune, renfermant quelques gouttes de graisse. Le doigt introduit dans la plaie reconnut que le col était dénudé. On agrandit l'incision et on enleva la tête et le col en réséquant le fémur au-dessus du grand trochanter.

Après l'opération, la douleur diminua considérablement et les autres symptômes s'améliorèrent de jour en jour. La malade quitta l'hôpital le 14 mai, complètement guérie et sans qu'il y ait eu ankylose de la hanche. Il est probable qu'avec une

bottine spéciale, la malade pourra marcher d'une façon parfaite.

Une coupe de la tête et du col du fémur montra que les tissus voisins du cartilage épiphysaire étaient en pleine suppuration. Le col du fémur était complètement privé de ses tissus mous.

OBSERVATION XV

Coxalgie ostéomyélitique suppurée de la hanche gauche. Septicémie.
Résection de la hanche. Mort.
(Poncet. Thèse de Levêque).

Le 17 octobre 1890, M. Poncet fut appelé à Chazey, près de Lyon, par son confrère, le Dr Charvet, auprès d'un petit garçon de 14 ans, atteint disait-on de coxalgie de la hanche gauche.

Il trouva un enfant profondément amaigri, cachectique, chez lequel les lésions avaient débuté trois mois auparavant, en pleine santé, sans cause appréciable, par des accidents aigus particulièrement graves du côté de la hanche gauche et caractérisés par des souffrances extrêmement vives qui diminuèrent un peu avec l'ouverture spontanée de plusieurs abcès. Le petit malade fut immobilisé, d'abord dans un bandage silicaté, puis dans une gouttière, mais malgré ce traitement local, malgré l'immobilisation, les douleurs persistaient et l'état général s'aggravait. Lorsque M. Poncet vit ce malade, en tenant compte du début de l'affection, de sa marche, il porta le diagnostic de coxalgie suppurée, d'origine osseuse, très probablement à point de départ fémoral. L'enfant était dans un état de cachexie profonde ; depuis plusieurs semaines entre autres, il s'alimentait mal et présentait de la diarrhée. Le moindre mouvement de

l'articulation malade provoquait des douleurs horribles, toute tentative d'examen, d'exploration locale était une cause de cris et de larmes. La température rectale, qui n'avait pas été prise jusqu'alors, était le soir, comme le constata M. Poncet, de 39°7.

La résection de la hanche fut décidée et pratiquée par M. Poncet le lendemain 18 octobre 1890.

Incision postéro-externe suivant les règles habituelles et répondant à un trajet fistuleux situé à la partie externe de la cuisse. L'opération fut d'une simplicité et d'une facilité extrêmes. La tête fémorale décapitée était, en effet, complètement séparée du col ; elle formait un véritable séquestre dur, éburriné, occupant le fond de la cavité cotyloïde où elle était complètement libre à la manière d'une noix sèche dans sa coque. Le col fémoral se présentait sous la forme d'un moignon médullarisé et raréfié ; on le réséqua d'un coup de cisailles pour assurer un plus grand vide entre les extrémités articulaires et rendre aussi le drainage qui fut pratiqué, plus efficace.

Trois jours après l'opération, le petit malade succombait. Il s'était affaibli de plus en plus et mourait emporté par des accidents septicémiques, que l'intervention chirurgicale, dans l'espèce absolument indiquée, n'avait pu conjurer.

Vu par le Président de la thèse,

BERGER

par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Reynaud. — Sur l'inflammation du tissu médullaire des os longs. Archives générales de médecine, 1831, t. XXVI.

Verneuil et Robin. — Mémoire de la société de biologie, Paris 1849-1852, t. 1. IV.

Gerdy. — Sur l'inflammation des os.

— Archives générales de médecine, 1853, t. II, 5^e série.

Gosselin. — Archives générales de médecine, 1858, t. II.

Klose. — Décollements épiphysaires. Archives générales de médecine, août 1858, t. II.

Roux (Jules). — Mémoire de l'Académie de médecine, Paris, 1860, t. XXIV.

Gamet. — Thèse de Paris, 1862.

Giraldès. — Maladies chirurgicales des enfants, 1869, p. 780.

Culot. — Thèse de Paris, 1871.

Demarquay. — Recherches sur la perméabilité des os dans ses rapports avec l'ostéomyélite et l'infection purulente.

— Bulletin acad. méd. Paris, 1871, p. 877.

Lannelongue. — De l'ostéomyélite aigue pendant la croissance, 1879.

Th. Anger. — Résection du fémur (Bulletin de la Société de chirurgie, 1879), page 134.

Weiss. — Thèse de Paris, 1880. Etude sur la trépanation de l'os iliaque.

Pion. — Thèse de Paris, 1880. Parallèle des interventions chirurgicales dans l'ostéomyélite aigue.

Barton. — Ostéite de la tête du fémur, The Dublin journ. 1880, page 60.

Gray. — Périostite de l'os iliaque ? The Lancet, vol. II, page 465.

Ollier. — Résection de la hanche. Revue de chirurgie, 1881.

Swicke. — Caries ossis ilici. Charité Annalen, Berlin, 1882.

Coudray. — Journal des sciences médicales, 1882.

Gouilloud. — Thèse de Lyon, 1883. Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement.

Lannelongue. — Lyon médical, 8 nov. 1885.

Fleury. — Thèse de Paris 1886, ostéo-myélite de l'os iliaque.

Ayala-Rios. — Thèse de Paris 1886.

Coudray. — Bulletins de la société anatomique 6 mai 1887.

Ozenne. — Lyon médical, 9 janv. 1887.

Braquehay. — Bulletin de la société d'anatomie, 26 mai 1887.

Chassaingnac. — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.

— Sur l'ostéomyélite spontanée.

Macnamara. — British medical journal, juillet 1887 et juillet 1888.

Lannelongue. — Ostéomyélite de croissance.

Lannelongue et Achard. — Bulletin médical, 12 mars et 28 mai 1890.

Girard. — Thèse de Paris, 1893.

Aldibert. — De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans. Revue des maladies de l'enfance, 1894.

Mayet. — Bulletin de la Société d'anatomie, 1894-1895.

Lecomte. — Etude sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intra-pelviens. Thèse de Paris, juin 1894.

Braquehay. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, avril-mai 1895.

Gangolphe. — Maladies infectieuses et parasitaires des os. Gazette des hôpitaux, 1895, p. 1269.

Lévêque. — Thèse de Lyon, 1895.

Mauclaire. — Ostéomyélite de croissance.

Allard. — Thèse de Paris, 1890.

Charézieux. — Thèse de Bordeaux, 1896.

Braquehay. — Bulletin médical, 1897.

Bernard. — De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. Thèse de Bordeaux, 1897.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Barbarin. — Communication à la Société anatomique novembre 1890.

Petit. — Ostéomyélite de l'os iliaque. Bulletin de la Société anatomique, mars 1893.

Broca. — Ostéomyélite chronique d'emblée. Bulletin de la Société anatomique, 1885.

Montprofit. — Bulletin de la Société anatomique, 1887

